

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

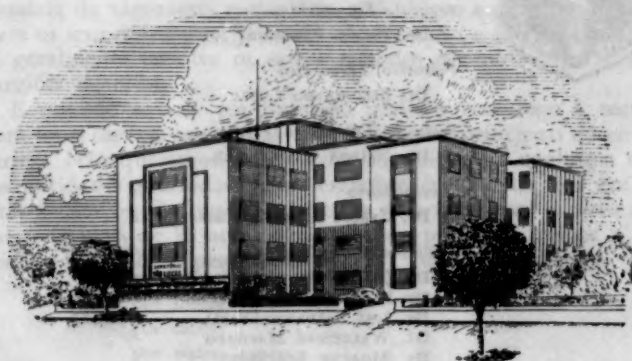
VOL. XVIII / 7

OUTUBRO DE 1956

N.º 4

Sumário:

	Pág.
<i>A ressecção gástrica fora da úlcera e do câncer</i> — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO	51
<i>Nistantina — Um Novo Antibiótico Antimonília</i> — — DR. F. CALDEIRA ALGODOAL	59
<i>Sanatório São Lucas — Movimento cirúrgico..</i>	64



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do
DR. ADHEMAR NOBRE

pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas
Rua Pirapitinguí, 114 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1956/1957



Presidente

DR. JACYR QUADROS

Vice-Presidente

DR. LUIS BRANCO RIBEIRO

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. PAULO REBOCHO

Primeiro Tesoureiro

DR. FERDINANDO COSTA

Segundo Tesoureiro

DR. NELSON CAMPANILLE

Bibliotecario

DR. CARLOS ALBERTO JURGIELEWIEZ

Conselho Consultivo

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. PAULO GIOVANNI BRESSAN

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. MOACYR BOSCARDIN

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XVIII

OUTUBRO DE 1956

N.º 4

A ressecção gástrica fora da úlcera e do câncer (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

*Presidente da Seção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões
Diretor do Sanatório São Lucas, São Paulo, Brasil.*

Hoje, quando se fala em cirurgia gástrica, vem logo à mente a ressecção, visto que os demais tipos de intervenção sobre o estômago ou foram completamente abandonados ou somente são utilizados em raros casos, muito particulares. Mesmo a gastroenterostomia, que foi dominadora nos seus tempos aureos, a cerca de 30 anos, está praticamente abandonada na maioria dos grandes centros médicos, pois aí também já cedeu lugar à gastrectomia na última indicação que lhe restava — a perfuração aguda em peritонеo livre — onde era aplicada em associação à sutura simples da brecha encontrada. E às tentativas para a sua reabilitação como operação complementar necessária da vagotomia esofagiana, não obteve a acolhida que esperavam os seus defensores, já tendo ultrapassado a fase de entusiasmo que geralmente envolve os novos métodos quando amparados por cirurgiões de escol.

E quando se fala em ressecção gástrica vem logo à mente a úlcera ou o câncer, que são as duas indicações principais da cirurgia gástrica. Não queremos, neste trabalho, cuidar de nenhuma dessas duas entidades mórbidas, mas desejamos justamente pôr em foco outras indicações da ressecção gástrica de acordo com a nossa experiência de mais de 25 anos. Durante esse período, tivemos a oportunidade de realizar pessoalmente 2.211 ressecções gástricas, sendo

por úlcera	1.846
por câncer	184
por outras causas	181
Total	2.211

(*) Trabalho lido no XXI Congresso das Seções Norte-americana e Canadense do Colégio Internacional de Cirurgiões, em Chicago, a 11 de setembro de 1956.

A ressecção gástrica é geralmente empregada nos tumores benignos do estômago e nas formações metaplásticas como o pâncreas aberrante. Pareceria mais lógico que, nesses casos, pelo menos em muitos dêles, apenas se fizesse a simples excisão da formação tumoral após gastrotomia. Mas acontece que geralmente é difícil ter-se a segurança prévia de benignidade nos tumores gástricos. O exame radiológico quasi nunca indica a natureza do tumor e mesmo nos casos em que evidencia um polipo, há sempre a suspeita de uma possível degeneração. Demais, a queixa clínica que impuzera o exame radiológico, de regra, por si só, justifica uma operação radical. O diagnóstico microscópico, pelo exame dos elementos citológicos obtidos com o lavado gástrico, só é concludente quando evidencia células cancerosas típicas. Os exames negativos não justificam uma conduta conservadora. O mesmo se dirá da biopsia por congelação no ato cirúrgico.

A gastroscopia é método propedêutico de uso limitado, encontrando resistência por parte dos pacientes e não merecendo do clínico a confiança que deveria sugerir um método de visão direta e isso porque nem tôdas as zonas do estômago são alcançadas pelo gastroscópio.

Eis, pois, que os tumores benignos do estômago são tratados pela ressecção gástrica. E nisso não há discrepância de atitude entre os cirurgiões.

Outra contingência passível da ressecção é a que decorre do sofrimento produzido pela chamada gastrite ulcerativa. Poder-se-ia dizer que a gastrite ulcerativa nada mais é do que a úlcera múltipla do estômago. Em última análise, pode ser assim considerada, mas, na realidade, o problema do ponto de vista clínico e terapêutico é diferente. A sintomatologia da gastrite ulcerativa não cede com a mesma facilidade com que obedece à terapêutica e à dietética a úlcera do estômago ou do duodeno. E o problema complica-se ante a persistente negatividade do exame radiológico, desorientando a conduta terapêutica.

O paciente faz sua peregrinação pelos consultórios sem obter senão ligeiras e fugazes melhoras. Quasi sempre a sintomatologia é a da úlcera. As provas semiológicas visando os órgãos vizinhos — fígado, pâncreas, intestinos, rins — são completamente negativas e a sintomatologia é puramente gástrica. Impõe-se, então, diante do insucesso dos mais variados tratamentos clínicos, a indicação de uma intervenção cirúrgica e esta só pode ser a ressecção gástrica, precedida ou não de uma gastrotomia verificadora, caso a gastroscopia prévia já não tenha firmado o diagnóstico.

As vezes uma sintomatologia clássica da úlcera, com todos os exames negativos mesmo a verificação operatória, não é coisa nenhuma, nem apenas uma simples gastrite. Na impossibilidade de

enquadrar o caso dentro das contingências conhecidas da patologia gástrica, certos autores, principalmente autores espanhóis, crearam a esdruxula denominação de "ulcus sine ulcere", recorrendo ao antiquado latim para encobrir a realidade de uma ignorância. E aconselham, sem pestanejar, que uma vez firmado o diagnóstico clínico, diante de uma história típica, o doente só poderá curar-se mediante a ressecção gástrica.

*
* *

Da ausência de sinais anatomo-patológicos do estômago, passemos a considerar alterações reconhecíveis, como as decorrentes de um processo inflamatório. As gastrites são comuns. Geralmente obedecem ao tratamento médico. Às vezes, porém, tomam vulto e atingem etapas por assim dizer irreversíveis — como é caso da gastrite hipertrófica, da gastrite polipoide, do chamado estado mamelonado. E' difícil, às vezes, em tais casos, conseguir-se a regressão definitiva dos sintomas e o clínico pode ver-se obrigado a entregar o seu doente ao cirurgião. A ressecção gástrica será o recurso adequado, conforme aceita Eiriam Williams.

DISTRIBUIÇÃO DOS 181 CASOS DE RESSECÇÃO FÓRA DA ÚLCERA E DO CÂNCER

Tumores gástricos benignos	4
Neurofibroma	1
fibroma	1
Pâncreas aberrante	1
Metaplasia intestinal	1
Hipertrofia em anel da musculatura	33
Dolicogastria e ptose	67
Gastrites	57
gastrite simples	23
gastrite ulcerativa	28
gastrite hemorrágica	3
gastrite poliposa	2
gastrite mamelonada	1
Estados pilóricos	4
Estenose prepilórica	2
Achalasia do píloro	1
Protusão da mucosa gástrica no duodeno	1
"Ulcus sine ulcere"	2
Estados duodenais	14
Divertículo	11
Periduodenite	2
Duodenite constrictiva	1
TOTAL.....	181

As vezes a mucosa gástrica não sofre alterações inflamatórias de vulto, mas hipertrofia-se na região do antro, deslisa-se sobre a musculatura e franqueia o anel pilórico. E' fácil avaliar-se como isso pode acarretar transtornos, às vezes bastante intensos. Ao estado mórbido que daí decorre, convencionou-se chamar de "prolapso da mucosa gástrica no bulho duodenal". E' uma entidade mórbida recentemente introduzida na patologia gástrica. Os seus sinais radiológicos foram descritos e já é ponto pacífico a sua aceitação nos meios especializados. Nem sempre o tratamento médico é eficiente e os doentes vão cair nas mãos do cirurgião para uma ressecção curadora. Poder-se-ia ensaiar a simples remoção da mucosa exuberante, ajustando o remanescente às dimensões da musculatura sobre que se assenta. Isso, porém, implicaria em ampla exposição da cavidade gástrica, em comprometimento da irrigação, em superveniência de cicatrizes danosas. O mais seguro, à luz dos nossos atuais conhecimentos, é mesmo a ressecção gástrica.

*
*
*

O problema de erosões agudas da mucosa determinando hemorragias às vezes de grande vulto é outra contingência que faz pensar na ressecção. O cirurgião vai encontrar um intestino e um estômago cheios de sangue, mas nada percebe nas suas paredes que indique a existência de lesão ulcerosa. A gastrotomia raramente o ajuda na pesquisa de um ponto que sangra. Tem que decidir-se por uma gastrectomia. E por vezes encontra na peça extirpada, como fonte da hemorragia, um vaso hiente ou coberto por pequeno coágulo, seja no fundo de uma úlcera inapercebida, seja numa simples erosão. Não havendo tais achados, conclue por uma hemorragia difusa em painel, mas, mesmo não tendo descoberto a fonte do sangramento, salvou o seu cliente graças à ressecção.

Cooper e Ferguson, de Filadelfia, publicaram (JAMA, CLI, 879, 14 de março de 1953) um trabalho encorajando a conduta resseccionista nas hemorragias de causa indeterminada da parte alta do tubo gastro-intestinal. A abstenção da chamada "gastrectomia cega" em um dos seus casos levou o doente à morte e a autópsia mostrou que se tratava de uma lesão ressecável.

Harry Bockus apresentou ao Congresso da Associação Médica Americana, em Atlantic City, em 9 de junho de 1935, um caso em que o paciente, já operado de câncer do ascendente, teve seguidas hematemeses e melenas no posoperatório, recebendo 61 transfusões de sangue em 35 dias de luta entre a vida e a morte. A autópsia apenas revelou erosão do estômago. Uma ressecção gástrica teria salvo o enfermo.

*
*
*

Comprometendo ambas as camadas internas do estômago, temos uma afecção rara, que pode exigir a ressecção gástrica — a estenose

cicatricial por cáusticos, conforme propoz Bosch del Marco em 1946. O mesmo podemos dizer da estenose prepilórica consequente a úlcera cicatrizada.

Passando da mucosa para a camada muscular do estômago, vamos encontrar duas condições patológicas que podem requerer a gastrectomia — uma, a distensão e atonia das paredes; a outra, a hipertrofia da musculatura.

A primeira é denominada, bem ou mal, de gastroptose, de dolico gastria, de megaestômago, de atonia, ou melhor, hipotonia gástrica. É condição que pode acarretar substanciais consequências para o seu portador: o estômago não se esvazia em tempo normal, retém parcialmente o alimento ingerido, transforma-se em foco de fermentações intoxicantes, com marcada repercussão para o lado do sistema nervoso. O uso de cinta apropriada, a dieta adequada, um sistema de vida condizente, a medicação indicada muita vez podem atenuar senão mesmo suprimir o sofrimento que a condição determina. Casos há, entretanto, em que todos esses recursos falham e o doente vive a vascolear-se aflitamente a ver se esvazia o seu estômago ou recorre ao vômito provocado para ter algumas horas de sossego. Em tais casos a ressecção gástrica tem plena indicação. Em muitos casos, os resultados são excelentes; em outros, contudo, a repercussão sobre o estado geral, especialmente sobre o sistema nervoso, é de tal monta que só à distância é que se pode apreciar os reais benefícios da intervenção. E casos há, por certo, em que o paciente precisa da orientação de um psiquiatra.



A hipertrofia da musculatura gástrica é outra condição que pode impor a ressecção. É bem conhecida a chamada estenose hipertrofica do pilôro no lactente, mas a sua cura embora cirúrgica, geralmente é obtida pela simples secção das fibras musculares à maneira de Rammstedt — Fredet. Tal não acontece, porém, nos casos de estenose hipertrofica do piloro no adulto, onde a ressecção gástrica se impõe.

A denominação pela qual é conhecido esse estado mórbido, que alguns pensam identificar com o da creança e que a muitos parece ser uma entidade à parte, não satisfaz aos que desejam dar à nomenclatura um sentido racional. Também não satisfaz a expressão achalasia — falta de relaxamento, isto é hipertonia permanente — pois esta palavra seria aplicável aos esfínteres. Ora, a hipertrofia muscular, na moléstia de que estamos tratando, não se faz à custa do músculo do orifício pilórico, mas sim à custa das fibras que circundam e delimitam a região gástrica denominada antro pilórico. Foi por isso que, em 1934 demos a esse estado mórbido o nome de "hipertrofia em anel da musculatura do antro pilórico", designação um pouco longa, é certo, mas claramente

expressiva, visto que a hipertrofia se mostra em toda a extensão das fibras musculares do antro pilórico.

Ha, assim, um estreitamento permanente da luz da última porção do estômago, que se mostra rijo à radioscopia, confundindo-se a parede do antro com o esfíncter pilórico, o qual se projeta em prolapso dentro do bulbo duodenal, dando a imagem radiológica do sinal de Kirklin.

O tumor formado pela hipertrofia em anel da musculatura do antro pilórico simula uma lesão cancerosa, seja ao exame radiológico, seja aos olhos do cirurgião na mesa operatória. Às vezes há a concomitância de ambas as moléstias, como ainda recentemente tivemos a oportunidade de verificar. Na Clínica Mayo também uma vez foi encontrado o câncer em concomitância com a hipertrofia. O mais comum, entretanto é a presença de úlcera nesses casos, tendo Kirklin e Harris assinalado isso em 29 de 81 casos de hipertrofia em anel. A lesão pura e simples, sem qualquer outra associação, foi encontrada em 31 desses 81 casos registrados na Clínica Mayo.

A nossa experiência tem mostrado casos puros, mas a associação é mais frequente, principalmente com a úlcera, seja ao nível mesmo da hipertrofia, seja à distância.

A hipertrofia em anel da musculatura do antro pilórico é irreversível, como bem demonstra um caso nosso, em que a imagem radiográfica da lesão já existia nas chapas obtidas quinze anos antes. A solução é cirúrgica. E obtem-se com a ressecção gástrica.

*
*
*

Saindo da patologia gástrica, vamos ainda encontrar oportunidade para a ressecção. Referimo-nos a duas contingências específicas — o divertículo do duodeno e as sequelas digestivas da colecistectomia.

Por mais estranho que pareça, nesses dois casos a gastrectomia pode ser indicada.

O divertículo do duodeno é anomalia encontradíssima. Pode produzir sintomas clínicos às vezes bastante intensos, mesmo fora da diverticulite e da perfuração. É um foco de retenção de alimentos, favorecendo fermentações danosas. Nunca tivemos a oportunidade de encontrar uma diverticulite do duodeno, embora fosse rica a sintomatologia dos pacientes. De uma feita, encontramos dentro de um divertículo da 4.^a porção do duodeno, e só ali, uma boa parte do bário ingerido dias antes para o exame radiológico. Há autores que consideram o caso como cirúrgico, toda vez que a imagem radiológica obtida por substância de contraste persiste por mais de 12 horas. A nossa experiência nos ensinou que a remoção simples e pura do divertículo, como aconselham os autores clássicos, geralmente não resolve o caso clínico: os doentes continuam a queixar-se, apresentando, muita vez, sintomas semelhantes aos da

úlcera duodenal. Por outro lado, a remoção de um divertículo da segunda porção, assestado, de regra, ao lado da empola de Vater, oferece certas dificuldades técnicas e não é isenta de riscos. Mas foi principalmente o insucesso clínico da diverticulectomia que nos levou a ensaiar, nesses casos, a derivação do trânsito alimentar por meio da ressecção gástrica — à Reichel-Polya. E obtivemos resultados plenamente satisfatórios. E foi para nós motivo de ainda maior satisfação o verificar que alguns autores modernos também tomaram essa orientação, depois de ter observado, por certo, os mesmos resultados precários que John Waugh e Edward Johnston assinalaram em Rochester com a ressecção do divertículo, dizendo (Collected Papers of the Mayo Clinic, LVI, 74, 1954) que apenas menos de metade dos doentes obtiveram os resultados esperados desse tipo de intervenção. A gastro-enterostomia, uma vez por esses autores tentada, também redundou em fracasso. Só a ressecção gástrica é que vem dando alívio aos portadores de divertículo do duodeno. Por isso tudo a gastrectomia subtotal tem sido usada por Lockwood, Fulder e outros. E Richard Cattell e Thomas Mudge fizeram a ressecção em um caso de diverticulite.

Amparado na conduta desses autores, sentimo-nos à vontade para continuar recomendando a gastrectomia pura e simples que já havíamos empregado para o tratamento do divertículo do duodeno, deixando-o sem ser manipulado.

•
•

Resta-nos considerar a indicação defendida por Arnaldo Yodice perante o IV Congresso Panamericano de Gastroenterologia realizado em São Paulo em 1954. Apresentou esse autor argentino os primeiros resultados da conduta que ultimamente vem seguindo nos casos de sequelas digestivas da colecistectomia. São pacientes que se submeteram à retirada de uma vesícula calculosa ou, mais frequentemente, de uma vesícula com inflamação crônica e que continuam com suas perturbações alimentares, com dores no hipocôndrio direito, com enxaquecas, hipercloridria, vômitos, etc. O exame radiológico nada revela para o lado do estômago; não há litíase do colédoco, a papilotomia foi tentada para vencer a discinesia biliar. A ressecção gástrica resolve o caso, na experiência de Yodice. É, por certo, uma indicação audaciosa da gastrectomia. O tempo dirá de sua razão de ser. O entusiasmo de um só autor não basta para recomendar um método. É preciso que ele passe pelo cadinho de muitos observadores para merecer consagração. Veremos o que o futuro nos dirá. Limitemo-nos, por enquanto, a registrar a opinião de um cirurgião de conceito, que merece toda a nossa consideração.

•
•

Em resumo, a ressecção gástrica tem ampla indicação fóra da úlcera e do câncer. A gastrite ulcerativa e as hemorragias por erosão oferecem o campo de transição entre a úlcera e outras afecções não tumorais do estômago bem como a gastrite poliposa e a gastrite mamelonada oferecem o campo de transição entre o câncer e os tumores benignos do estômago. O prolapso da mucosa gástrica no duodeno pode levar o paciente à mesa operatória. As estenoses cicatriciais do antro pilórico por caústicos são uma rara mas precisa indicação da ressecção gástrica. Atingem elas não só a camada mucosa, mas também comprometem a camada muscular, na qual também vamos encontrar outras lesões: a hipertrofia em anel isto é: a hipertrofia em espessura, bem como a hipertrofia em extensão, que se traduz por ptose gástrica.

Saindo do estômago vamos encontrar duas indicações pouco usadas da gastrectomia: — o divertículo do duodeno e as sequelas digestivas da colecistectomia. A isso se acrescente a ressecção por lesão invisível — a "ulcus sine ulcere" dos espanhoes. Outras indicações haverá. Mas foi em torno destas aqui reunidas que tivemos o grande prazer de falar diante deste magnífico auditório.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ARNALDO YODICE — *Gastrectomia* — Rev. "Gastroenterologica Brasileira", VII, 181, Julho-Agosto, 1955.
- 2) COOPER & FERGUSON — *Gastric resection for upper gastrointestinal hemorrhage of undetermined cause* — "J. Am. Med. Ass.", CLI, 879, 14 Março de 1953.
- 3) DIEGO ZAVALA, PEDRO BOLO & ALFREDO GORE — *Relación entre gastritis hipertrofica y cancer de estómago* — "Prensa Médica Argentina", XLIII, 802, 9 de Março de 1956.
- 4) EIRIAM WILLIAMS — *Giant hypertrophic gastritis* — "The Lancet", CCLXX, 363, 7 Abril de 1956.
- 5) FAIRFIELD GOODALE & RONALD C. SNIFFEN — *Mucosal hypertrophy of the stomach* — "The New England Journal of Medicine", CCXLIX, 31 Dezembro, 1953.
- 6) JOHN WAUGH & EDWARD HOGNSTON — *Collected Papers of the Mayo Clinic* — LVI, 74, 1954.
- 7) KIRKLIN & HARRIS — *Hypertrophy of the pyloric muscles of adults; a distinctive roentgenologic sign* — "The American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy", Springfield, XXIX, 437, Abril de 1933.
- 8) LOUIS BOSCH DEL MARCO — *Contribución al estudio de la gastritis corrosiva* — "Ab. Fac. Med. Montevideo", XXXIV, 891, 1949.
- 9) STAMMERS (F. A.) — *Newer surgical approach to carcinoma of the stomach* — "Proceedings of the Royal Society of Medicine", XLII, 659, Setembro 1949.
- 10) W.D. PARK — *Giant Hypertrophic gastritis* — "The Lancet", CCLXX, 751, 19 Maio de 1956.

Nistatina — Um Novo Antibiótico Antimoníia(*)

Dr. F. CALDEIRA ALGODOAL

(Diretor da Divisão Médica de E. R. Squibb & Sons, S. A., São Paulo)

Diversos são os inconvenientes causados pela administração de antibióticos.

Apesar de, às vezes, graves, não resta dúvida que os benefícios por eles prestados sobrepujam de muito os efeitos colaterais, na maioria benignos, principalmente quando o médico avisado emprega a terapêutica antibiótica com conhecimento de causa.

As impurezas da penicilina, no início da sua produção, foram atribuídos todos os sintomas indesejáveis. Com a purificação do antibiótico de Fleming verificou-se que os pacientes podem apresentar hipersensibilidade medicamentosa intrínseca ao mesmo. Este é o mais grave inconveniente a temer-se com a penicilina.

O advento dos antibióticos chamados de amplo espectro veio reavivar o estudo das reações orgânicas diversas a esses novos inimigos dos germes patogênicos.

Parece que a amplitude de ação envolve também a toxicidade. Nenhuma substância mais ativa contra qualquer espécie de microrganismo que o cloreto mercúrico; no entanto, ele é altamente tóxico para o protoplasma humano.

O cloranfenicol, primeiro da série antibiótica de amplo espectro, e hoje preparado por síntese, tem o seu emprêgo de certo modo modo restrito pelo anel nitrobenzênico que contém.

As tetraciclina trilharam uma seqüência inversa no campo da farmacologia. A retirada de radicais, ao invés da adição, concorreu para a sua pureza e conhecimento clínico. Delas, a tetraciclina sem os radicais Cl ou OH deve ser a preferida, pela atividade pelo menos idêntica à das suas antecessoras, maior estabilidade e solubilidade e menor toxicidade. Mesmo assim purificada, é passível a tetraciclina de produzir certos inconvenientes: o prurido (anal, etc.), a diarreia, náuseas, e vômitos, sem dúvida, um, que pode ser, às vezes, fatal, a moniliase.

(*) Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, realizado em Porto Alegre, de 13 a 20 de Outubro de 1953.

A incidência desta levedurose, ou seja, a infestação do organismo pelos fungos do gênero *Candida*, vem aumentando, ultimamente, *pari passu*, com o emprêgo principalmente dos antibióticos de amplo espectro. Demonstram isso muito bem as estatísticas de mortalidade por *candida*, registradas pelo "National Office of Vital Statistics of the Department of Health, Education and Welfare" dos Estados Unidos, que mostraram em 1933, 6 mortes e em 1949, 1950 e 1951, 260 óbitos por monilíase. Das diversas espécies, é mais freqüente a *C. albicans*.

É sabido que a *C. albicans* é patogênica para o homem, em certas condições, e, freqüentemente, causa vaginites, dermatites, doença oral e broncopulmonar. O seu papel na candidíase intestinal é o menos bem estabelecido clinicamente, apesar de já terem sido registrados inúmeros casos (1). Casos graves de monilíase pulmonar, infestação generalizada (2) e endocardite à *candida* (3), foram, ultimamente, publicados, todos eles relacionados com o emprêgo de antibióticos de amplo espectro.

A *C. albicans* é um saprófito do organismo humano e, principalmente, do intestino (4), onde é provavelmente exacerbada e de onde atinge a circulação, produzindo então sua ação patogênica.

Vários autores divergem quanto ao papel local da *C. albicans* e acham que, "in vitro", os antibióticos não aumentam a virulência da levedura (1,4); outros, entretanto, já observaram tal efeito (5,6).

A teoria mais aceita da monilíase intestinal, quando propiciada pelo uso de antibióticos, é a dos deslocamentos da flora normal antagonica à *candida*, que então predominaria e se tornaria virulenta (5). Querem alguns que as lesões locais sejam devidas a uma avitaminose, principalmente A e B₂, ou irritação alérgica, seguidas, então, da implantação da *candida* (4,1).

Experimentos outros têm sido feitos e seria impossível, aqui, citá-los, não só pela falta de tempo, mas também por não ser este o nosso objetivo. Correto, pelo menos, parece que a *C. albicans*, habitante comum do intestino humano, por uma ou outra razão, quando da administração de antibióticos de amplo espectro, pode tornar-se virulenta, produzindo infestações do organismo, provadas fatais, resistentes à terapêutica pelo iodo ou outra, e coadjuvadas pela carência vitamínica, debilidade do paciente e tempo de medicação antibiótica.

Imperioso tornou-se, então, que se encontrasse uma arma contra a *C. albicans*, que se pudesse associar aos antibióticos de amplo espectro. Nistatina ou fungicidina é esta arma. É, também, um antibiótico, extraído das culturas de *Streptomyces noursei*. Praticamente inativo contra bactérias, em altas concentrações, age contra uma grande variedade de fungos, saprófitos ou não (7).

O antibiótico descoberto e primeiramente descrito por Hazen e Brown é ativo contra a *C. albicans* nas concentrações de 1,56 mcg/ml a 6,25 mcg/ml (8). Mesmo quando ministrado em doses

altas, é escassamente absorvido do trato gastrointestinal (9). Não é tóxico, apesar de produzir, às vezes, mal-estar gastrointestinal passageiro.

Experimentos em ratos mostraram que a administração de nistatina eliminava completamente a *C. albicans* do meio intestinal (10). Em trabalho recente (7), 41 adultos foram estudados quanto à ação da nistatina. Resumimos, abaixo, as suas conclusões:

- 1.^a) A flora micótica gastrointestinal aumentou no grupo que recebeu 250 mg de tetracilina, 4 vezes por dia, durante uma semana.
- 2.^a) A flora micótica gastrointestinal diminuiu de maneira significativa no grupo que recebeu 250 mg de tetraciclina e 250.000 unidades de nistatina, 4 vezes por dia, durante uma semana.
- 3.^a) A incidência e a gravidade das reações apresentadas pelo grupo que recebeu a combinação tetraciclina-nistatina não foram maiores do que as do grupo que recebeu unicamente tetraciclina.
- 4.^a) Nistatina parece clinicamente ideal para a profilaxia de complicações atribuídas ao desenvolvimento da flora micótica gastrointestinal, que ocorrem durante a administração de antibióticos.

O interesse pela monilíase intestinal foi reavivado pelo emprego dos antibióticos de amplo espectro. Com certeza, novos horizontes a esse capítulo se abrirão, pois, até agora, ele era pouco conhecido. Isto principalmente porque o método de pesquisa para a candida nas fezes não havia ainda entrado para a rotina gastroenterológica. Segundo Sutton e Sutton Jr. (11), "as leveduras encontradas no conteúdo intestinal poderão exercer o papel de verdadeiros focos sensibilizadores do organismo". Daí, então, as facilidades maiores para localizações outras da monilíase.

Pelo menos em uma dezena de pacientes com monilíase intestinal ou outra, vem a nistatina sendo empregada entre nós. Um deles é um colega que, há muito, desde que usou um antibiótico de amplo espectro, vinha apresentando sintomatologia clínica caracterizada por diarreia, dores abdominais, prurido anal, às vezes febre, e com cultura positiva para *C. albicans*. Tratou-se desde então, tendo esgotado a gama de produtos farmacêuticos indicados no caso. Após o uso da nistatina, melhorou rapidamente, considerando-se clinicamente curado apesar de apresentar, ainda que em número muito reduzido, o parasita nas fezes. Uma paciente do nosso ambulatório, apresentando corrimento e prurido vaginais, teve regressão rápida da sintomatologia sob o tratamento com nistatina, assim como o desaparecimento de eczematide retro-auricular rebelde. A paciente ainda está em observação, desde que, suspenso o antibiótico, apresentou novamente a sintomatologia anterior. Funcionária do Hos-

pital das Clínicas, com febrícula, corrimento, com um rótulo de neurose pela contínua negatividade dos seus exames complementares, mostrou albergar a *C. albicans* e apresentou melhoras rápidas, tornando-se afebril logo após iniciar tratamento com a nistatina. Em casos outros menos graves, como de oídio bucal, etc., o sucesso foi absoluto, tendo o antibiótico sido empregado em número significativo de casos.

A experimentação clínica, que ora se iniciou entre nós, está confirmando, plenamente, os resultados obtidos por autores estrangeiros. Pelo seu interesse, e porque cita o valor da nistatina na monilíase vaginal, mesmo quando ministrada por via oral, passamos a comentar o trabalho de Sarewitz (12).

Apesar de pouco absorvida pela via gastrintérica, o autor obteve bons resultados em 5 pacientes com monilíase vaginal, após ter tentado infrutiferamente o tratamento pela violeta de genciana, raios infravermelhos e cortisona com neomicina. O antibiótico foi dado na dose de 1.500.000 unidades por dia, fracionadamente, ou seja, 3 comprimidos.

Uma paciente que apresentava queilose crônica, rebelde ao tratamento pela vitaminoterapia, apresentou cura da entidade.

Apesar de termos apenas mencionado a ação da nistatina sobre a *C. albicans* o antibiótico tem também atividade contra diversos outros fungos.

Para nós é de principal importância agir ele "in vitro" contra o *Paracoccidioides brasiliensis*. Essa propriedade foi confirmada entre nós por Lacaz (13). Aguardamos a forma injetável da nistatina para podermos confirmar ou não a ação "in vitro".

De qualquer maneira, impunha-se, preliminarmente, pela atividade da nistatina sobre a *C. albicans*, a sua combinação com a tetraciclina, tornando possível o emprego do mais moderno, mais ativo e mais estável antibiótico de amplo espectro, sem os inconvenientes potencialmente perigosos da monilíase. Isto foi feito e tal antibiótico (*) já está sendo empregado, ultimamente. Experimentações diversas estão em curso e, à semelhança do que acontece nos Estados Unidos, na maioria das indicações como, por exemplo, na amebíase, os resultados são bons. Por nossa sugestão, supositórios vaginais da combinação tetraciclina-nistatina foram empregados em 9 casos (14) com monilíase vaginal. Os resultados foram muito bons e apresentados às Oitavas Jornadas Nacionais de Ginecologia e Obstetrícia, levadas a efeito em Outubro p.p. em Porto Alegre.

RESUMO

O emprego dos antibióticos de amplo espectro antibacteriano, ao lado de grandes benefícios, pode induzir, em certa porcentagem de pacientes, alguns efeitos inconvenientes. Um deles é a exacerbação

(*) Misteclin Squibb.

da *Candida albicans*, levedura que habita, em estado de saprofitismo, o trato orogastrintestinal.

A monilíase localizada, apesar da pequena gravidade, pode não só tornar-se rebelde, como no caso da diarreia por *C. albicans*, mas, também, atingir a via sistêmica, causando pneumonites, endocardites e meningites específicas.

No presente trabalho, o Autor discorre sinteticamente sobre a monilíase e descreve um novo antibiótico fungicida, a nistatina ou fungicidina, com atividade antomonília, e a sua associação aos antibióticos de amplo espectro.

O antibiótico nistatina foi fornecido sob o nome de Micostatin por E. R. Squibb & Sons, S. A., São Paulo.

BIBLIOGRAFIA

1. WOODS (J. W.); MANNING (I. H.), e PATERSON (C. N.): *Monilial Infections complicating the Therapeutic Use of Antibiotics*, J.A.M.A. 145:207, (Jan 27). 1951.
2. BROWN (C. J.): PROPP (S.); GUEST (C. M.); BEERE (R. T.) e EARLY (L.): *Fatal Fungus Infections Complicating Antibiotic Therapy*, J.A.M.A. 152:206 (Maio 16). 1953.
3. ZIMMERMAN (L. E.): *Candida and Aspergillus Endocarditis*. Archives of Pathology, 50:591 (Novembro) 1950.
4. HARRIS (H. J.): *Aureocycin and Chloramphenicol*. J.A.M.A., 142:161 (Jan. 21) 1950.
5. KLIGMAN (A. M.): *Are Fungus Infections Increasing as a Result of Antibiotic Therapy?* J.A.M.A. 149:979 (Julho 12) 1952.
6. PAPPENFORT (R. B.) Jr.; SCHNALL (E. S.) e MOORE (M.): *In vivo and in vitro Effect of Aureomycin Hydrochloride on Syringospora*. (Monilia, Candida) Albicans, J. Lab. & Clin. Med. 37:703, 1951, apud. J.A.M.A. 149:981, 1952.
7. NEWCOMER (V. D.); WRIGHT (E. T.) e STERNBERG (T. H.): *The Effect of Nystatin when administered simultaneously with Tetracycline upon the Yeast Flora of the Gastrointestinal Tract of Man*. Antibiotics Annual 1954-1955, pag. 686.
8. HAZEN (E. L.) e BROWN (R.): *Fungicidin, an antibiotic produced by a soil actinomycete*. Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 76:93, 1951. Apud: Antibiotic Annual 1954-1955, pag. 686.
9. NEWCOMER (V. D.); WRIGHT (E. T.) e STERNBERG (T. H.): *Unpublished data*. Apud. Antibiotics Annual 1954-1955, pag. 686.
10. STERNBERG (T. H.); TARBET (J. E.); NEWCOMER (V. D.); HUDDLESON (H. G.); WEIR (R. H.); WRIGHT (E. T.) e EGERBERG (R. O.): *Antifungal Effects of Nystatin on the Fecal Flora of Animals and Man; Preliminary Report*: Antibiotics Annual, 1953-1954, New York, Medical Encyclopedia, Inc., 1953. pag. 199. Apud. Antibiotics Annual, 1954-1955, pag. 686.
11. LACAZ (C. S.): *Manual de Micologia Médica* — 1953, pag. 115.
12. SAREWITZ (A. B.): *Treatment of Genitourinary Moniliasis with orally administered Nystatin*. Ann. Int. Med., 42:1187, June 1955.
13. LACAZ (C. S.): Comunicação pessoal.
14. SCHOR (H.) Relatório escrito, preliminar, fornecido pelo Autor.

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Movimento cirúrgico

Durante o ano de 1955, o movimento de intervenções cirúrgicas realizadas pelos operadores do Sanatório São Lucas foi o seguinte :

MESES	PEQUENAS OPERAÇÕES	MÉDIAS OPERAÇÕES	GRANDES OPERAÇÕES	TOTAL
Janeiro.....	56	78	41	175
Fevereiro.....	53	84	62	199
Março.....	73	111	76	260
Abril.....	59	73	57	189
Maió.....	49	58	48	155
Junho.....	44	59	37	140
Julho.....	68	100	51	249
Agosto.....	53	87	72	212
Setembro.....	68	88	62	218
Outubro.....	54	83	72	209
Novembro.....	55	62	67	184
Dezembro.....	50	69	54	173
<i>Total.....</i>	682	952	729	2.363